

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935.

Nº

THÈSE

410

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

PINCHASOWICZ ISAÏE

né le 6 février 1905 à Dubno.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Contribution à l'étude du Reflexe Oculo-cardiaque chez les tabétiques

Président : M. LOEPER,

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté.

IMPRIMERIE D'APPEL

64, rue de Ménilmontant

PARIS (XX^e)

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935.

Nº

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

PINCHASOWICZ ISAÏE

né le 6 février 1905 à Dubno.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Contribution à l'étude du Reflexe Oculo-cardiaque chez les tabétiques

Président : M. LÉPER,

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté.

IMPRIMERIE D'APPEL

64, rue de Ménilmontant

PARIS (XX')

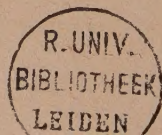
1935

LE DOYEN ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance .	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeur sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne .. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD .. Histologie.
 CATHALA ... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD .. Parasitologie.
 GASTINEL .. Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES . Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . Pathologie médicale.
 HALPERN ... Oto - thino - laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN . Anatomie pathologique.
 JOANNON .. Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME .. Obstétrique.
 LANTUÉJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE ... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN ... Pathologie médicale.
 OBERLING .. Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE ... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER ... Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH .. Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET ... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN ... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE .		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER ...	
CHABROL		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VAL- LERY - RADOT			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents.

A mes amis.

A Monsieur le Professeur Lœper
Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté
Médecin de l'Hôpital St-Antoine

*Qui m'a inspiré le sujet de ce travail et m'a fait
l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.*

Hommage de profonde gratitude.

A mes maîtres dans les Hôpitaux

Stage :

M. le Professeur BAUDOUIN.
M. le Professeur HARTMANN.

Externat :

M. le Docteur MONIER-VINARD.
M. le Professeur Agrégé CADENAT.
M. le Docteur LEVANT.
M. le Docteur LORTAT-JACOB (in memoriam).
M. le Professeur ACHARD.
M. le Docteur BROUARDEL.
M. le Docteur CAHEN.

Hommage reconnaissant.

INTRODUCTION

Depuis vingt-cinq ans le reflexe oculo-cardiaque a été l'objet de très nombreux travaux qui ont permis d'augmenter la somme de nos connaissances sur son état chez les individus normaux et dans différents états pathologiques.

En 1913 MM. Lœper et Mougeot ont consacré une étude sur l'altération du reflexe oculo-cardiaque dans le tabès.

Eatnt donné l'intérêt théorique et clinique de ces observations, nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant d'en faire le sujet d'un travail.

**
*

Nous nous faisons un devoir et un plaisir d'exprimer ici notre respectueuse reconnaissance à M. le Professeur Lœper qui a bien voulu nous suggérer le sujet de cette thèse et de nous aider de ses conseils.

Nous tenons à remercier M. le Professeur agrégé Alajouanine, M. le Docteur Pagniez et M. le Docteur Crouzon de nous avoir permis d'examiner les malades dans leurs services hospitaliers.

HISTORIQUE

La première étude sur le réflexe oculo-cardiaque remonte à 1908 et est due à un auteur autrichien Bernard Aschner qui après avoir observé, le ralentissement du pouls sous l'influence de la compression oculaire pendant une anesthésie, a décrit ce phénomène comme un réflexe de l'œil sur la circulation et la respiration.

De 1909 à 1913 Falta, Eppinger et Hess, Miloslawich, Gautrelet, Cheinisse étudiant les phénomènes de la vie végétative, furent amenés à préciser l'antagonisme des deux appareils : le système vago-spinal et le système sympathique. De tous les procédés qu'il utilisèrent pour établir la division des sujets en vagotoniques et sympathicotoniques, suivant la prédominance de l'un des systèmes, le réflexe oculo-cardiaque fût le meilleur et le plus facile à mettre en œuvre.

En 1913 MM. Lœper et Mougeot étendent les notions de vagotonie et sympathicotonie aux névroses gastriques et fondent leurs recherches sur le réflexe oculo-cardiaque.

Les mêmes auteurs montrent l'abolition fréquente du réflexe oculo-cardiaque dans le tabès.

Guillain et Dubois montre son abolition dans les paralysies pseudo-bulbaires.

Vernet et Petzetakis signalent son abolition dans la maladie de Parkinson.

Des nombreux travaux viennent ensuite établir l'état du reflexe oculo-cardiaque dans diverses affections.

Ce reflexe va prendre progressivement une importance dans l'examen clinique.

ETUDE CLINIQUE DU REFLEXE OCULO-CARDIAQUE

Définition :

Nous décrirons sous le nom de reflexe oculo-cardiaque, toutes les modifications qui se produisent dans le rythme cardiaque sous l'influence de la compression oculaire.

On considère que le reflexe est normal lorsque la compression oculaire détermine un ralentissement de 6 à 10 pulsations à la minute.

Il est exagéré si le ralentissement est plus marqué.

Il est inversé quand on constatera une accélération.

Il est aboli quand il n'existera de modification du rythme.

Technique de la recherche :

Pour la recherche du reflexe il faut que le sujet soit couché, la tête bien appuyée. « La bonne recherche sera faite avec la pulpe de doigts s'appliquant, à travers la paupière mollement close, sur le globe de l'œil que le doigt refoule dans le fond de la cavité orbitaire par une compression douce d'abord et progressivement plus forte. » (Vernet et Petzetakis).

La numération ne devra pas être faite dès le début de la compression. Le reflexe ne se produit qu'après une perte de temps de 2-5 secondes et persiste quelques secondes après la cessation de la compression.

Il faut maintenir la compression pendant un certain temps afin de pouvoir compter le pouls pendant une demi ou au moins un quart de minute.

La recherche peut être faite par une seule personne. Celle-ci se place latéralement par rapport au sujet, la main gauche pratique la compression, la main droite perçoit le pouls.

Chez certains sujets la recherche devient impossible à cause de la sensibilité exagérée de l'œil, ou bien à cause de la contraction forte de l'orbiculaire qui empêche le doigt d'exercer une pression utile.

Il importe d'exercer la compression sans brusquerie, ni violence et le sujet doit se prêter à l'expérience pour que cette épreuve ait de la valeur.

RESULTATS DE LA RECHERCHE :

Reflexe Oculo-cardiaque.

Le fait dominant de la compression oculaire est le ralentissement du rythme cardiaque. Cependant la compression oculaire ne donne lieu uniquement au ralentissement du rythme, dans quelques cas, rares il est vrai, le cœur réagit au contraire par une accélération de son rythme; tandis que dans d'autres cas on peut voir les deux phénomènes se produire au cours de la même épreuve : après une période de ralentissement il se produira quelques pulsations précipitées, mais dans ce cas les phénomènes de ralentissement domine la scène. Pour un même sujet le reflexe ne se modifie pas avec le rythme du cœur, qui seul est variable (Vernet et Petzetakis) et le rapport représentant chaque numération reste sensiblement le même. Certains faits sont particulièrement démonstratifs : Les résultats obtenus pendant la tachycardie émotive et après la disparition de cette tachycardie restent identiques chez le même sujet. Les mêmes phénomènes s'observent pendant l'accouchement (tachycardie) et dans les suites de couches (bradycardie) où le reflexe reste identique malgré la variation du rythme cardiaque.

Les méthodes graphiques, d'autre part, ont permis de constater dans quelques cas rares la production

de l'automatisme ventriculaire (Vernet et Petzetakis) tout se passe comme si l'action chronotrope négative du reflexe agissait sur le rythme auriculaire beaucoup plus que sur le rythme ventriculaire.

On a observé aussi dans quelques cas rares la dissociation auriculo-ventriculaire — il se produit un block auriculo-ventriculaire partiel.

Malgré les phénomènes d'inhibition pouvant aller jusqu'à l'arrêt du cœur dans quelques cas exceptionnels, la recherche du Reflexe oculo-cardiaque constitue un procédé d'investigation inoffensif.

Reflexes associés :

Au cours de nombreuses recherches auxquelles a donné lieu l'étude du reflexe oculo-cardiaque, plusieurs observateurs ont constaté que la compression de l'œil ne modifie pas seulement la fonction du cœur, mais influence en outre, d'autres fonctions. Aschner a signalé des modifications dans la respiration. Lesieur, Vernet et Petzetakis dans la sécrétion rénale. Une action inhibitrice sur le hoquet a été notée par M. Lœper et Mlle Weil, sur l'athetose par MM. Guillain et Dubois.

On observe donc des effets de la compression oculaire sur d'autres fonctions que celles du cœur, elle donne lieu chez les sujets normaux à des reflexes dont l'intérêt clinique est moins grand, que celui du Reflexe

oculo-cardiaque, mais qu'il est cependant intéressant de connaître. Outre les phénomènes généraux : sensation de chaleur ou du froid, sudation, vertige, céphalée, coliques, envies de vomir, pouvant aller jusqu'au voumissement, lorsque la compression a été suffisamment énergique.

Il intervient en plus des phénomènes respiratoires sur lesquels nous voulons attirer l'attention. Ces phénomènes consistent en ceci : il y a une diminution légère du nombre de respirations, l'amplitude des mouvements respiratoires peut augmenter, la respiration devient souvent au début spasmodique et dans la suite on a des pauses inspiratoires qui sont le phénomène le plus constant pendant toute la durée de la compression oculaire. Ces phénomènes persistent après l'injection de sulfate d'atropine, il semble donc que c'est le phrénique qui intervient dans la production de ces phénomènes.

Toutes ces manifestations sont habituellement très peu marquées et ne représentent aucune espèce de gravité.

L'examen attentif du pouls et de la tension artérielle démontrent : une diminution de l'amplitude des pulsations et une baisse de la pression artérielle (Lœper et Mouget). D'autres auteurs, parmi lesquels Vernet et Petzetakis, trouvent souvent une augmentation de la pression artérielle. Il est probable que les résultats contradictoires s'expliquent par la superposition des deux reflexes oculo-cardiaque et oculo-vasomoteur.

L'erreur est encore plus facile à commettre si, comme Delova le prétend la pression passe par deux phases successives, l'une d'élévation, l'autre de fléchissement.

D'ailleurs, MM. Lœper et Mougeot ont constaté que le ralentissement du pouls n'est pas toujours accompagné d'affaiblissement de contraction et de baisse de tension et ils ont signalé, d'autre part, sous le nom de reflexe dissocié un reflexe dans lequel le rythme n'est pas modifié, mais dans lequel les systoles sont moins énergiques.

D'autres reflexes ont été encore observé au cours de la compression oculaire, mais seulement dans des cas nettement pathologique (disparition des mouvements choréo-athétosiques, polyurie, albuminurie et glycosurie chez les épileptiques, etc.).

ETUDE PHYSIOLOGIQUE DU REFLEXE OCULO-CARDIAQUE

La variabilité des résultats obtenus par la compression oculaire, ralentissement ou accélération du cœur, nous fait comprendre la production du Reflexe oculo-cardiaque de la façon suivante :

Deux centres président à l'innervation du myocarde : l'un d'eux situé dans le bulbe est un centre modérateur, son excitation transmise par le pneumogastrique détermine un ralentissement des battements cardiaques en même temps elle peut avoir pour conséquence l'arrêt du cœur en diastole. Le second centre, mal délimité paraît occuper une certaine étendue de la moelle cervicale. Il donne naissance à des filets nerveux qui, par les rameaux communicants, gagnent la chaîne sympathique. Son excitation détermine une augmentation du nombre de pulsations et un resserrement systolique qui diminue la capacité des cavités cardiaque. Ces centres sont très sensibles aux excitants de toutes sortes. Ils sont imprégnés par des irritations d'origine périphérique, transmises par les nerfs

centripètes. Le reflexe peut avoir pour point de départ les régions les plus diverses : la mort subite consécutive à un traumatisme sur le creux épigastrique ou sur les organes genitaux est probablement causé par une inhibition reflexe.

Les branches du trijumeau sont fréquemment le point des reflexes cardiaques; on connaît l'expérience de Schiff : la brusque compression du nerf sous-orbitaire chez le lapin provoque un ralentissement du cœur. Le reflexe oculo-cardiaque n'est qu'un cas particulier de ces phénomènes modérateurs ayant l'excitation du trijumeau pour point de départ.

Reflexe oculo-cardiaque normal.

« est un reflexe trijumeau-vague » (Miloslavich). L'excitation du centre bulbaire se fait par un trajet nerveux. On pourrait penser que la compression oculaire agit mécaniquement, mais il n'en est rien, car le reflexe persiste chez les trepanés. Cette transmission se fait par le trijumeau, car le reflexe disparaît après sa section. La section de différentes branches du trijumeau a permis d'établir que l'impression centripète suit la branche ophtalmique de Willis et parvient au noyau sensitif du trijumeau. MM. Lœper et Mougeot font remarquer que le pneumo-gastrique traverse ce noyau et de ce fait, le centre reflexe se trouve au ni-

veau de ce point précis. Il semble aussi que l'excitation se diffuse dans le bulbe et atteint divers centres; cette notion permet de comprendre la production des divers reflexes associés. La voie centrifuge, quel que soit le mode suivant lequel l'influx nerveux se propage dans le bulbe, suit le trajet du pneumo-gastrique. La section de ce nerf empêche le reflexe de se produire, de même que l'injection de sulfate d'atropine.

Reflexe oculo-cardiaque inversé.

Chez certains sujets le mécanisme du phénomène est un peu différent. Le reflexe modérateur que nous avons envisagé jusqu'à présent, n'est pas le seul que détermine la compression oculaire. L'excitation partie de l'œil serait transmise au bulbe par le trijumeau et de là elle se diffuserait dans les deux systèmes : cardio-moderateur et cardio-accelérateur. A l'état normal lorsque l'équilibre est parfait, c'est toujours l'influence modératrice qui domine la scène : il en résulte un ralentissement moyen. Mais supposons que l'équilibre soit rompu en faveur du cardio-accélérateur, et il s'ensuit l'accélération du cœur.

Le réflexe oculo-cardiaque est, en somme, constitué par la superposition de deux réflexes : un réflexe vague et un réflexe sympathique; la prédominance de l'activité de l'un ou de l'autre se traduit par un ralentissement ou par une accélération du pouls.

Réflexe oculo-cardiaque aboli.

Le réflexe peut être aboli et son abolition peut tenir à deux causes : soit par l'interruption de l'arc réflexe en un point quelconque de son parcours (tabès, encéphalite), soit par une imprégnation toxique du centre bulbaire (diphthérie).

LE REFLEXE OCULO-CARDIAQUE DANS LE TABES

Le réflexe oculo-cardiaque présente des modifications intéressantes au cours de certains états pathologiques. Nous avons étudié un certain nombre de tabétiques au point de vue du réflexe oculo-cardiaque. D'une façon à peu près constante nous avons trouvé ce réflexe aboli. Nous pouvons ajouter 24 cas à ceux qui ont été déjà publiés par MM. Lœper et Mougeot.

Observation (1).

Mme Gab. L. 60 ans, Salle Marjolin N° 30, Hôpital St-Antoine.

Tabès avancé, arthropathies des genoux. Réflexes rotuliens et achilléens abolis. Argyll. Sensibilité des globes oculaires diminuée. Réflexe cornéen normal. Pouls 104. Après la compression 104.

Observation (2).

M. Alg. 59 ans, Salle Nelaton, N° 2, Hospice de Bicêtre.

Tabès avec douleurs fulgurantes des membres inférieurs. Ataxie. Diminution de l'acuité visuelle. Réflexes rotuliens et achilléens abolis. Inégalité pupillaire. Mydriase à droite, absence de réaction à la lumière. Légère hypoesthésie des cornées et des globes oculaires. Pouls 64; après la compression oculaire 64. On note une diminution nette de l'amplitude du pouls.

Observation (3).

Mme Dav. 54 ans, Salle Desprès N° 19, Hospice de Bicêtre.

Tabès avec arthropathies des deux genoux. Douleurs fulgurantes. Réflexes achilléens existent, Rotuliens impossible à rechercher. La réaction pupillaire à la lumière — existe. La sensibilité des globes oculaires et des cornées est normale. Pouls 88. Après la compression 84.

Observation (4).

M. Mar. Ch. 61 ans, Salle Raspail N° 45, Hospice de Bicêtre.

Tabès avec douleurs fulgurantes et maux perforants plantaires. Réflexes rotuliens et achilléens abolis. Argyll. Sensibilité des globes oculaires — normale. Hypoesthésie de la cornée droite. Pouls 60. Après la compression oculaire 60.

Observation (5).

M. Fr. G. 49 ans, Salle Raspail N° 11, Hospice de Bicêtre.

Tabès avec arthropathies multiples et crises gastriques. Réflexes rotuliens et achilléens abolis. Pupille gauche déformée ne réagit pas à la lumière, pupille droite réagit faiblement. La sensibilité des globes oculaires est diminuée. La sensibilité cornéenne est normale. Pouls 68. Après la compression oculaire 68.

Observation (6).

M. B. E. 55 ans. Salle Perdriguiet N° 30, Hospice de Bicêtre.

Tabès avec arthropathies des genoux et des pieds. Réflexes abolis aux membres inférieurs. Argyll. La sensibilité des globes oculaires est normale. La sensibilité cornéenne est diminuée, surtout à gauche. Pouls 80.

Après la compression oculaire 80. On note une diminution de l'amplitude des pulsations.

Observation (7).

M. Mar. G. 46 ans. Salle Denis N° 20, Hospice de Bicêtre.

Tabès avec maux perforants plantaires et douleurs fulgurantes. Ataxie marquée. Les réflexes rotuliens et achiléens sont abolis. Argyll. La sensibilité des globes oculaires est diminuée. Hypoesthésie de la cornée droite. Pouls 88. Après la compression oculaire 88.

Observation (8).

M. Gan. 42 ans. Salle Voisin N° 11. Hospice de Bicêtre.

Tabès avec cécité complète et inégalité pupillaire. La pupille gauche réagit faiblement à la lumière. Réflexes achiléens — existent. Les réflexes rotuliens sont diminués. La sensibilité des globes oculaires est diminuée, celle des cornées aussi.

Pouls 60. Après la compression oculaire 60.

Observation (9).

M. Van. A. 54 ans. Salle Voisin N° 17, Hospice de Bicêtre.

Tabès avec atrophie optique et arthropathies. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. La sensibilité des globes oculaires est diminuée. Les réflexes cornéens sont normaux. Pouls 104. Après la compression oculaire 104.

Observation (10).

M. Ch. A. 67 ans. Salle Voisin. Hospice de Bicêtre.

Tabès avec douleurs fulgurantes et arthropathies. Areflexie totale. Argyll. La sensibilité des globes oculaires est diminuée. Les cornées sont hypoesthésiées. Pouls 112. Après la compression oculaire 112.

Observation (11).

M. de F. R. 66 ans. Salle Belhomme N° 5. Hospice de Bicêtre.

Tabès avancé. Les réflexes des membres inférieurs sont abolis. Argyll. La sensibilité des globes oculaires et des cornées est normale. Pouls 68. Après la compression oculaire 62.

Observation (12).

M. Har. J. 71 ans. Salle Seguin N° 41. Hospice de Bicêtre.

Tabès sans troubles oculaires. (Les pupilles réagissent à la lumière). Les réflexes achilléens sont abolis. Les réflexes rotuliens existent. La sensibilité des globes oculaires et des cornées est normale. Pouls 60. Après la compression oculaire 60.

Observation (13).

M. Zer. M. 38 ans. Consultation du Pr. Alajouanine. Hospice de Bicêtre.

Tabès cervical avec troubles sensitifs : Hypo et Anesthésie dans la zone correspondante de la 2^e à la 10^e racines dorsales. Abolition des réflexes des membres supérieurs. Conservation des réflexes des membres inférieurs. Argyll. Hypoesthésie du globe oculaire droit et de la cornée du même côté.

Pouls 104. Après la compression oculaire 104.

Observation (14).

Mme T. 65 ans. Salle Vulpian N° 12. Salpêtrière.

Tabès. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Argyll. Hypoesthésie des globes oculaires et des cornées. Pouls 68. Après la compression 68.

Observation (15).

Mme Gal. 50 ans. Salle Vulpian N° 5. Salpêtrière.

Tabès avec douleurs fulgurantes. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Argyll. Sensibilité des globes et des cornées — normale. Pouls 100. Après la compression 100. Diminution de l'amplitude des pulsations.

Observation (16).

Mme Ver. 70 ans. Salle Babinski N° 3. Salpêtrière.

Tabès avec douleurs fulgurantes et des crises gastriques. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Cécité. Argyll. La sensibilité des globes oculaires et des cornées est normale. Pouls 108. Après la compression 108.

Observation (17).

Mme Ch. 76 ans. Salle Babinski N° 8. Salpêtrière.

Tabès avec douleurs fulgurantes. Réflexes rotuliens et achilléens — abolis. Cécité. Argyll. Inégalité pupillaire. Sensibilité des globes et des cornées normale. Pouls 88. Après la compression 88.

Observation (18).

Mme Cat. 61 ans. Salle Babinski N° 10. Salpêtrière.

Tabès avec douleurs fulgurantes, arthropathies des membres inférieurs. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Cécité de l'œil gauche, diminution de la vue de l'œil droit. Argyll. La sensibilité des globes est normale, légère hypoesthésie des cornées. Pouls 96. Après la compression 96.

Observation (19).

Mme Boul. 57 ans. Salle Babinski N° 9. Salpêtrière.

Tabès avec douleurs fulgurantes. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Argyll. Sensibilité des globes et des cornées — normale. Pouls 80. Après la compression 80.

Observation (20).

Mme M. 70 ans. Salle Brezin N° 27. Salpêtrière.

Tabès avec arthropathies. Ataxie marquée. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Argyll. Diplopie. Globes oculaires — sensibilité diminuée. Cornées — légère hypoesthésie. Pouls 92. Après la compression 92.

Observation (21).

Mme Loc. 60 ans. Salle Brezin N° 17. Salpêtrière.

Tabès avec arthropathies. Ataxie. Réflexes rotuliens et achiléens sont abolis. Argyll. La sensibilité des globes oculaires et des cornées est normale. Pouls 104. Après la compression 104.

Observation (22).

Mme Jun. 66 ans. Salle Brezin N° 14. Salpêtrière.

Tabès avec douleurs fulgurantes. Les réflexes rotuliens et achiléens sont abolis. Argyll. La sensibilité des globes est diminuée, surtout à droite. La sensibilité des cornées est normale. Pouls 104. Après la compression 104.

Observation (23).

Mme Roul. 63 ans. Salle Cochin N° 24. Salpêtrière.

Tabès avec fractures spontanées. Les réflexes des membres inférieurs sont abolis. Argyll. La sensibilité des globes et des cornées est normale. Pouls 92. Après la compression 92.

Observation (24).

Mme Fer. 72 ans. Salle Cochin N° 18. Salpêtrière.

Tabès avec douleurs fulgurantes et grises gastriques. Les réflexes des membres inférieurs sont abolis. Argyll. La sensibilité des globes oculaires est normale. La sensibilité cornéenne est diminuée. Pouls 84. Après la compression 88.

ETUDE CRITIQUE DES OBSERVATIONS

Sur 24 malades examinés : 21 présentent une abolition complète du réflexe oculo-cardiaque, deux réagissent par un léger ralentissement et un par une légère accélération du pouls.

Dans presque la totalité de cas, nous avons constaté le signe d'Argyll Robertson et divers signes en rapport avec l'atteinte du trijumeau : analgésie profonde des globes oculaires à la pression, perte ou diminution du réflexe cornéen ; cependant il faut remarquer que ces derniers signes sont beaucoup moins constants que le signe d'Argyll, dont la présence est quasi-constante, et cela n'est pas pour nous étonner, car nous savons que le tabès touche surtout la sensibilité profonde et respecte relativement la sensibilité superficielle.

Rémarquons aussi que chez l'un de nos malades le signe d'Argyll n'existe pas, alors que le réflexe oculo-cardiaque se trouve aboli (observ. 12), chez d'autres il persiste une légère réaction à la lumière en absence complète du réflexe oculo-cardiaque (observ. 5).

ETUDE PHYSIO-PATHOLOGIQUE

Il semblerait donc que dans le tabès l'altération des racines postérieures des nerfs médullaires se retrouve dans les faisceaux qui sont les équivalents de ces racines pour les nerfs craniens.

La branche sensitife du trijumeau est l'homologue d'une racine rachidienne. Elle est fréquemment atteinte par le processus tabétique. Fraenkel ayant réunis 24 cas de tabès à forme bulbo-protuberantielle insiste sur le rôle important, préponderant des lésions nucléaires du trijumeau.

On comprend par suite que le réflexe oculo-cardiaque soit fréquemment aboli dans le tabès. De plus il n'est pas rare d'observer des névrites au cours de cette même affection. Le trijumeau lésé au niveau de sa termination bulbaire peut présenter des alterations de ses différentes branches ; si, la branche ophtalmaque est intéressée, le réflexe oculo-cardiaque se trouve affaibli ou aboli.

La névrite du vague est peut-être moins fréquente,

cependant elle a été constatée par certains auteurs : névrite tronculaire d'Oppenheim et de Siemerling ou névrite radiculaire transverse de Clovis Vincent. Mais d'après l'étude physiologique du réflexe oculo-cardiaque, c'est plutôt à une lésion centrale qu'il faut attribuer l'abolition du réflexe, et c'est probablement dans le bulbe que se produit l'interruption de l'arc réflexe, en un point de son parcours, par une lésion organique.

Vu: Le Doyen, Vu: le Président
de Thèse,
ROUSSY

Lucien
Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY

CONCLUSIONS

- 1° — L'absence presque constante du réflexe oculo-cardiaque peut être considérée comme un des signes du tabès supérieur, attribuable à l'extension des lésions au bulbe et au mésocephale.
- 2° — Dans la très grande majorité de cas, l'abolition du réflexe lumineux accompagne celle du réflexe oculo-cardiaque, mais il n'existe nullement un parallélisme absolu entre ces deux symptômes.
- 3° — La recherche du réflexe oculo-cardiaque présenterait un intérêt, car parfois le signe d'Argyll Robertson peut ne pas exister, alors qu'il y a abolition du réflexe oculo-cardiaque (observ. 12).
- 4° — Il peut être d'un grand intérêt de constater pour la précocité d'un diagnostic, l'abolition ou une forte diminution du réflexe oculo-cardiaque avant l'apparition du signe d'Argyll Robertson.

BIBLIOGRAPHIE

Achard et Binet. — Les réflexes provoqués par la compression oculaire : réflexe oculo-respiratoire, oculo-circulatoire et oculo-moteur. (Soc. de Biologie 23 février 1918).

Claude, Tinel et Santenoise. — Etude comparée du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire. (Soc. de Biol. 25 novembre 1922).

Claude, Tinel et Santenoise. — Influence du repas sur les réflexes oculo-cardiaque et solaire. (Soc. de Biol. 25 novembre 1922).

Claude, Tinel et Santenoise. — Influence de quelques agents pharmacodynamiques sur les réflexes oculo-cardiaque et solaire. (Soc. de Biol. 25 décembre 1922).

David. — Le réflexe oculo-cardiaque. (Thèse de Toulouse 1916).

Dulac. — Le réflexe oculo-cardiaque. (Thèse de Paris 1918).

Gautrelet. — Le réflexe oculo-cardiaque (Paris-Médical 20 novembre 1913).

Guillaume. — Le réflexe oculo-cardiaque et les réflexes vago-sympatiques. (Presse Médicale 1921).

Lesieur, Vernet et Petzetakis. — Contribution à l'étude du réflexe oculo-cardiaque. Son exagération dans l'épilepsie. (S. Méd. des Hôp. de Paris 6 mars 1914).

Lesieur, Vernet et Petzetakis. — Abolition fréquente du réflexe oculo-cardiaque dans le tabès (Soc. Méd. des Hôp. de Paris 12 mars 1914).

Loeper et Mougeot. — L'absence du réflexe oculo-cardiaque dans le tabès. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris 26 décembre 1913).

Loeper et Mougeot. — Le réflex oculo-cardiaque et la syphilis. (Soc. Méd. Hôp. de Paris 19 mars 1914).

Loeper et Mougeot. — Le réflexe oculo-cardiaque dans le diagnostic des nevroses gastriques. (Soc. Méd. Hôp. de Paris 26 avril 1913).

Macon. — Contribution à l'étude du syncope et du réflexe oculo-cardiaque chez l'enfant. (Thèse de Paris 1926).

Mougeot. — Le réflexe oculo-cardiaque en clinique. (Arch. de Méd. Exper. Octobre 1916).

Mougeot. — Le réflexe oculo-cardiaque : recherche, valeur saméiologique, déduction thérapeutiques : éserine vago-excitatrice, athropine vago-paralysante. (Soc. de Biol. 21 mars 1914).

Petzetakis. — Réflexe oculo-cardiaque à l'état normal. Soc. de Biol. 21 mars 1914).

Petzetakis. — Etude expérimentale sur les voies centrifuges du réflexe oculo-cardiaque. (Soc. de Biol. avril 1914).

Imprimerie d'Appel, 64, rue de Ménilmontant, Paris-20^e

